

IL MERCATO DELLA SALUTE: POLIZZE ASSICURATIVE E FONDI SANITARI

MAURO PERINO

Polizze, fondi privati, secondo pilastro del welfare. Assicurazioni e imprese si gettano a capofitto nel grande giro d'affari della sanità, demolendo il settore pubblico, che ad armi pari è un "avversario" troppo forte e capace di garanzie universalistiche che nessun operatore privato potrà mai garantire. Ad alcune importanti voci critiche fanno da contrappeso Confindustria e, purtroppo, anche i Sindacati che – a cominciare da quelli dei metalmeccanici – hanno sottoscritto fondi sanitari a caro prezzo (riduzioni di stipendio, di contributi e di trattamento di fine rapporto) per garantire ai lavoratori prestazioni... già assicurate dal Servizio sanitario nazionale! Nel frattempo la Sanità pubblica viene impoverita dalla politica con il defianziamento e gli incentivi concessi ai privati: le regole fiscali permettono alle aziende che attivano fondi sanitari privati per i loro dipendenti, di pagare 2 miliardi all'anno in meno di tasse, quindi di contribuire meno al finanziamento della Sanità pubblica. Per queste aziende si inverte il principio "chi ha di più, deve contribuire di più", che diventa "chi ha di più, più contribuisce allo sfascio del sistema".

Fra le minacce che incombono sulla effettiva tutela del diritto alla salute – con le drammatiche ricadute, in termini negazione delle cure, in primo luogo per la fascia più debole degli assistiti, rappresentata dagli anziani malati cronici non autosufficienti e dalle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile – vi è la riduzione delle risorse che vengono destinate al sistema sanitario nazionale. Il giurista esperto in diritto sanitario Luca Benci ricorda che la spesa sanitaria del nostro Paese (113 miliardi di euro nel 2017) «è complessivamente inferiore del 32,5% rispetto a quella dell'Europa occidentale» (1). Inoltre, come rileva Marco Geddes – oncologo ed ex presidente del Consiglio superiore di sanità – «la sanità ci costa, pro capite, il 39% in meno della Germania e il 19% in meno dell'Inghilterra» (2). In termini di percentuale di spesa in rapporto al Pil, i dati sono: Italia 6,8; Austria 7,9; Francia 8,6; Germania 9,4; Spagna 6,3; Svizzera 7,9. Un altro aspetto negativo, evidenziato da entrambi gli Autori, riguarda i posti letto per mille abitanti: in Italia è del 3,4, mentre in Francia è del 6,4 e in Germania dell'8,3.

(1) Luca Benci, *Tutela della salute. Il diritto alla salute negato, privatizzato e mercificato*, Imprimatur, Reggio Emilia, 2017.

(2) Marco Geddes, *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace*, Pensiero Scientifico, Roma, 2018.

In questo scenario, più di 12 milioni di persone avrebbero rinunciato a curarsi, nel corso del 2017, per difficoltà economiche. Questa è la denuncia riportata dai comunicati diffusi dai più diversi portatori di interesse nazionali con l'intento di rivendicare, per scopi magari contrapposti (3), il diritto alla salute dimostrandone la dilagante violazione. Secondo Giuseppe Costa, Michele Marra e Cesare Cislighi (4), occorre però riportare alla realtà questi proclami mediatici. Il dato secondo il quale 12 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure va ridimensionato. Infatti «Il 7,8 per cento rilevato dall'ultima edizione di EU-SILC equivale in termini assoluti a meno di 5 milioni: meno della metà delle stime sbandierate. Inoltre, le indagini rilevano che il fenomeno si presenta in misura maggiore tra coloro che hanno più bisogno, evidenza che suggerisce che chi ha rinunciato per vari motivi

(3) Il tentativo di smantellare il sistema sanitario universalistico facendone rimarcare l'inefficienza e l'onerosità è in atto da tempo. Marco Geddes nel testo citato ricorda, in particolare, un documento presentato da Confindustria quando l'Onorevole Rosy Bindi era Ministro della Sanità in cui veniva proposta «una copertura sanitaria totale a carico dello Stato solo per i cittadini di fascia debole» con l'intendimento da parte degli esperti confindustriali di prevedere una «assicurazione obbligatoria, lasciando al servizio pubblico una funzione residuale, di copertura degli indigenti, in una visione analoga a quella che regola la sanità negli Stati Uniti».

(4) Giuseppe Costa, Michele Marra, Cesare Cislighi, «La salute negata?», *Le Scienze*, luglio 2018.

non ha rinunciato a tutte le cure ma solo a singole prestazioni» (5).

Del resto, affermano gli Autori, le stesse indagini indicano che sono circa 22 milioni gli italiani che, nell'anno, manifestano problemi di salute e dunque la percentuale di rinuncia sarebbe tale da riguardare la metà di coloro che hanno bisogno di cure. Giova ricordare in proposito che il nostro Paese ha i migliori indici di speranza di vita su scala internazionale: dunque, se per davvero la metà dei malati fosse abbandonata dai servizi sanitari, si assisterebbe al paradosso che la sanità e la medicina sono talmente tossiche che solo grazie alla rinuncia alle cure gli italiani conquistano i primi posti nelle graduatorie della salute.

Nonostante il necessario ridimensionamento degli allarmi diffusi dai media, dall'esame delle ragioni della salute negata, gli Autori dell'articolo in esame traggono alcune importanti conclusioni. Se la frequenza della rinuncia alle cure è rimasta sostanzialmente invariata attraverso la recessione *«significa che il Servizio sanitario nazionale ha mostrato una sufficiente resilienza alla crisi economica assumendo quindi un ruolo importante di tipo compensativo; ma al tempo stesso se la quota di rinuncia alle cure per ragioni economiche è aumentata soprattutto nel Mezzogiorno e tra i più poveri, allora significa anche che il Servizio sanitario nazionale non ha risolto né la situazione di disomogeneità territoriale, né la garanzia di parità di accesso alle diverse fasce di popolazione» (6).*

Due sono allora le priorità importanti per ridurre la salute negata e migliorare l'equità di accesso ai servizi sanitari: una revisione del sistema di compartecipazione alla spesa che consideri maggiormente lo stato economico dei cittadini e un impegno a ridurre le necessità di ricorso a servizi a pagamento per ovviare alle attese troppo lunghe. Senza dimenticare che andrebbero considerati i dati della rinuncia alle cure in sede di elaborazione dei criteri di finanziamento dei servizi sanitari regionali.

Ma nell'articolo in questione vi è una considerazione finale estremamente importante sulle ragioni che sottendono la produzione di comunicati fortemente allarmistici: *«Questa continua diffusione di notizie poco affidabili sui milioni di*

italiani che rinunciano a curarsi sembra fatta apposta per screditare il Servizio sanitario nazionale e aprire nuovi spazi alle assicurazioni private, i cui imprenditori sono spesso proprio tra gli sponsor di indagini, convegni, scritti che veicolano questi scenari. Non c'è dubbio che, specie nelle regioni del Sud, il servizio sanitario sia in difficoltà, ma il fatto di paventare la sussistenza di una malattia terminale del Servizio sanitario nazionale per proporre un'inutile e costosa protesi (una copertura privata estesa) non ha alcuna reale evidenza di necessità e di efficacia» (7).

L'economia bianca

A dispetto della considerazione secondo la quale non esisterebbe una reale necessità di ricorso all'assistenza sanitaria privata, Francesco Carraro e Massimo Quezel segnalano, criticamente, l'irresistibile ascesa di *«un business dai contorni appetibilissimi per quelle stesse compagnie di assicurazione che stanno scappando dal ramo della rc medica. La chiamano White economy» (8), economia bianca.*

Gli Autori registrano infatti che, nonostante la crisi economica abbia impoverito le famiglie e messo in difficoltà molte aziende, gli anni successivi al 2008 hanno registrato una autentica esplosione della spesa sanitaria privata. *«Lo Stato, dal 2007 al 2013 ha provveduto ad aumentare gli investimenti sanitari di un risibile 0,6 per cento. Così i cittadini si sono trovati costretti a fare da soli, attingendo ai propri risparmi pur di mantenere un livello dignitoso di assistenza. Nello stesso periodo, infatti, hanno incrementato del 3,1 per cento le loro spese in salute, con un picco del 9,2 per cento nel 2012. Dunque, gli italiani si stanno spostando sempre più dalla sanità pubblica a quella privata. Ciò fa sì che, mentre gli investimenti pubblici sulla prima diminuiscono, la seconda addirittura esplode. Il quadro che emerge dall'ultimo rapporto Censis-Rbm (giugno 2018) sulla sanità pubblica, privata e intermediata è davvero inquietante» (9).*

Pagare per usufruire del diritto costituzionale alla salute è un fatto della vita che riguarda una

(5) *Ibidem.*

(6) *Ibidem.*

(7) *Ibidem.*

(8) Francesco Carraro, Massimo Quezel, *Salute S.p.A. La sanità svenduta alle assicurazioni*, Chiarelettere, Milano, 2018.

(9) *Ibidem.*

percentuale sempre crescente di famiglie italiane che, nel 2017, hanno speso 37,3 miliardi di euro con un aumento percentuale, nel quinquennio 2013-2017, del 9,6 per cento (a fronte di un aumento ponderale dei consumi complessivi delle famiglie che si limita ad un aumento del 5,3 per cento). «Questo fenomeno è esploso tra il 2008 e il 2009, il periodo di inizio della grande crisi. Ma il 2008-09 è un momento fatidico anche per un'altra ragione. Rappresenta infatti il passaggio storico in cui lo Stato diventa improvvisamente virtuoso nella gestione della spesa sanitaria pubblica. Infatti, ricordiamolo, dal 2001 al 2008 l'aumento di quest'ultima è del 14,8 per cento, successivamente si riduce allo 0,6 per cento. Sono gli ultimi anni a darci la misura del business che si sta spalancando a beneficio di chi saprà coglierne le opportunità (compagnie di assicurazione in testa): dal 2013 al 2017 la spesa sanitaria pubblica è aumentata appena del 2 per cento, mentre quella privata ha messo il turbo: +9,6 per cento. Allargando l'orizzonte temporale, dal 2010 al 2017, la spesa sanitaria pubblica è diminuita, passando dal 78,5 per cento al 75,2 per cento, mentre quella sanitaria privata è aumentata, passando dal 21,5 al 24,8 per cento. Significa che – su 6,7 miliardi di incremento di spesa – il 95 per cento è stato sopportato da privati e famiglie e appena il 5 dallo Stato» (10).

Il quadro sembra dunque il seguente: è ormai decollata la sanità a pagamento, con un aumento del peso del ticket e della spesa per acquistare prestazioni sanitarie a tariffa intera, e chi può permetterselo ricorre al privato. La macchina generatrice di iniquità è in moto e, grazie ad essa, «si rottama il concetto di sanità gratuita e si incentiva il ricorso a quella privata attraverso una serie di optional molto allettanti per tutti, sia per i benestanti sia per le classi meno agiate. Infatti, se i servizi privati sono venduti come migliori, in termini di rapidità di accesso, di orari di apertura, di possibilità di scegliere i medici e gli specialisti di proprio gradimento (e spesso si tratta della pura verità) è del tutto ovvio che chiunque, a prescindere dal proprio reddito, desidera transitare dall'una all'altra sponda, cioè dal mondo della sanità pubblica a quello della sanità privata» (11).

(10) *Ibidem.*

(11) *Ibidem.*

A patire maggiormente gli effetti della tendenza in atto sono i settori della popolazione con meno risorse: se il ricorso alla spesa sanitaria privata diventa una necessità, è evidente che l'incidenza di questa spesa è tanto più forte quanto più basso è il reddito di coloro che sono costretti a farvi ricorso. L'impatto maggiore sui consumi grava infatti sulle famiglie con capofamiglia operaio e – considerando il fattore anagrafico e quello territoriale – sono gli anziani, in prevalenza pensionati, a soffrire di più la privatizzazione del sistema spendendo per la salute, di tasca propria, l'80 per cento in più dei giovani. Quanto ai territori «non è vero, come potrebbe pensarsi, che il ricorso alla sanità privata sia più frequente nelle regioni più ricche. Si tratta invece, di un fenomeno trasversale, ben presente anche nelle regioni più povere. Nella graduatoria dell'incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito delle famiglie, ai primi quattro posti troviamo: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Calabria» (12).

Il fatto che la spesa sanitaria rappresenti una sorta di iniqua leva della disuguaglianza che va a colpire i ceti meno abbienti, le classi anagrafiche più anziane ed i territori più depressi non sembra però costituire un ostacolo alla sua costante ed esponenziale espansione. Ci si trova di fronte ad un mercato dalle potenzialità fantastiche: «la *White economy* – espressione con la quale si designa tutto il comparto dell'economia-paese destinato alla cura delle persone, all'assistenza e alla previdenza – è un sistema che vale più di 173 miliardi di euro. Un giro d'affari che muove più soldi delle attività finanziarie, dei trasporti, delle costruzioni, dei servizi di informazione e comunicazione, di quelli di alloggio e ristorazione» (13).

Come osservano però gli Autori del testo in esame, stante una tendenza alla privatizzazione della sanità che riguarda tutto il Vecchio Continente e che ci vede in linea, come Paese, con la media di spesa privata Ocse, ciò che differenzia gli italiani dagli altri europei è che quelli di noi che, per curarsi, ricorrono al sistema privato lo fanno, quasi sempre, senza aver contratto una polizza sanitaria. Dunque le persone che si rivolgono al mercato privato – perché non trovano nel pubblico la qualità delle cure che

(12) *Ibidem.*

(13) *Ibidem.*

ritengono necessaria (e che il sistema dovrebbe garantire per dettato costituzionale), oppure perché costretti a pagare dei ticket di valore spesso comparabile con la spesa che sosterebbero nel privato – rappresentano, per le compagnie del ramo, un appetibile bacino al quale attingere. «Il 22 per cento dei costi del pianeta salute cui le persone fanno fronte di tasca propria, rivolgendosi a centri o a professionisti privati, viene definito in gergo out of pocket ed è un boccone assai ghiotto per le mega corporation che si contendono, in regime di oligopolio, il mercato delle assicurazioni» (14).

Le polizze assicurative

Le assicurazioni hanno ben chiaro di trovarsi di fronte ad una fonte potenzialmente inesauribile di guadagno per chi ha risorse da investire, «come dimostrano le inequivocabili parole di un recente rapporto Censis-Unipol: “Si tratta di un dato che fa molto riflettere e che lascia immaginare lo spazio che esiste per allargare il perimetro di azione sia del pubblico che degli operatori privati, ma soprattutto per ridisegnare gli equilibri tra i due attori”. Ecco il punto saliente: ridisegnare gli equilibri tra pubblico e privato» (15). Con la prospettiva di passare, in un breve lasso di tempo, da una sanità universale e gratuita ad un sistema a forte componente assicurativa fondata su due pilastri: quello pubblico, sistematicamente indicato come generatore di spesa improduttiva, e quello privato, salutato come modello di efficienza, di modernizzazione e di sviluppo economico.

Il mondo del business assicurativo ripete il mantra del culto della competitività e della concorrenza, mentre alcuni dei fondamentali principi della nostra Costituzione vengono ormai considerati delle credenze obsolete. Ma come si può definire tale la convinzione che il diritto inviolabile alla salute vada tutelato anche dalle leggi del mercato? «E cioè che in uno Stato sociale come quello disegnato dalla nostra Costituzione, il cittadino non dovrebbe aver bisogno di una polizza di assicurazione per essere curato e assistito, per il semplice fatto che la cura e l'assistenza sono prestazioni che gli vengono garantite dallo Stato sociale» (16).

(14) *Ibidem.*

(15) *Ibidem.*

(16) *Ibidem.*

Negli anni della crisi, con le politiche dei tagli al sistema sanitario portate avanti dai governi che si sono succeduti, è stata pesantemente intaccata la fiducia dei cittadini nella sanità pubblica. È ciò fa ben sperare le compagnie del ramo assicurativo: «Già nel 2013 (...) un importante dirigente di Axa Assicurazioni aveva dichiarato: “L'Italia è un paese sotto assicurato, si sa. Ma c'è un settore nel quale ci sono molte speranze di ridurre il gap con gli altri mercati europei: il ramo malattia. Si tratta di un campo che coinvolge direttamente le persone e crediamo che proprio per questo avrà un grande sviluppo. Tutti i driver vanno nella direzione dell'aumento della domanda mentre l'offerta pubblica attuale si sta riducendo. Quindi si apre uno spiraglio interessante per il settore privato”». Nella stessa occasione un esponente di spicco di Reale Mutua si esprimeva in termini egualmente fiduciosi: «Reale Mutua crede molto nello sviluppo del settore salute tanto che ci siamo dati l'obiettivo di sopperire all'atteso calo di mercato dei premi auto anche attraverso lo sviluppo nel settore della sanità. Il ramo malattia, in un contesto di crisi dal welfare pubblico, ha infatti potenzialità di crescita molto elevate» (17).

Dunque il presupposto dell'avvio, e la condizione per lo sviluppo, del sistema privato sembra essere rappresentata dalla riduzione dell'offerta pubblica e dalla crisi del welfare-state pubblico. Ma a pensarlo non sono solo dei dirigenti delle assicurazioni, ma anche insigni rappresentanti di istituzioni quali il Censis, il cui direttore, Giuseppe Roma, ha commentato il fenomeno che ha visto i cittadini ricorrere ai propri risparmi per far fronte alla costante diminuzione di investimenti da parte dello Stato, con queste parole: «Nei lunghi anni della recessione le famiglie italiane hanno supplito con le proprie risorse ai tagli del welfare pubblico. Oggi questo peso inizia a diventare insostenibile. Per questo è necessario far evolvere il mercato informale e spontaneo dei servizi alla persona in una moderna organizzazione che garantisca i prezzi più bassi e migliori prestazioni utilizzando al meglio le risorse disponibili» (18). In proposito, non si può che concordare con il dubbio che queste affermazioni hanno suscitato in Carraro e Quezel, e cioè che «più di qualcuno – quando

(17) *Ibidem.*

(18) *Ibidem.*

Roma parla di “moderna organizzazione” – pensi alla necessità di favorire l’ingresso dei colossi di settore nel business della salute. E stiamo parlando di un giro d’affari che fa gola a tutti, non solo alle corporation del ramo assicurativo» (19).

Ma quali sono attualmente le dimensioni di questo giro d’affari in Italia? Secondo i dati forniti dall’Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici), riportati nel testo dagli Autori, tra il 2013 e il 2014 gli italiani hanno sborsato per le polizze malattia 2 miliardi di premi, suddivisi fra i maggiori attori del settore. Innanzitutto Generali che ha dichiarato oltre 600 milioni di euro sui 7 miliardi raccolti nel ramo danni. Le altre grosse compagnie sono UnipolSai (con 557 milioni di euro su 9,7 miliardi complessivi del ramo danni), Rbm Assicurazione salute (184 milioni circa), Allianz (sempre 184 milioni) e in coda, Reale Mutua. Quanto agli sviluppi, si stima che, nel 2025, 21 milioni di italiani avranno contratto una polizza integrativa.

Di qui le non certamente ottimistiche conclusioni alle quali giungono gli Autori: *«Ormai è chiaro: si sta delineando uno scenario nel quale, a farla da padrone, saranno quelle tentacolari espressioni del capitalismo finanziario contemporaneo che assemblano funzioni bancarie e funzioni assicurative, senza più distinzioni interne né soluzioni di continuità. Le banche si fanno assicurazioni e le assicurazioni comprano banche, le une si fondono e si confondono alle altre all’insegna di un unico obiettivo: privatizzare il privatizzabile. Cioè tutto» (20).*

Come si può leggere nelle “Tesi congressuali” dell’Anao-Assomed (21) le polizze mediche offerte dalle compagnie del settore assicurano dai problemi di salute, permettendo di usufruire di determinate prestazioni a fronte di un premio annuale. Si distinguono in:

- *Polizza sanitaria in forma indennitaria*, consistente nel pagamento al contraente di un indennizzo che copre il periodo di degenza in ospedale o comunque di interruzione dal lavoro per malattia o infortunio. Soluzione utile per i lavo-

tori autonomi che, a differenza dei lavoratori dipendenti, non godono di agevolazioni legate alla malattia.

- *Polizza sanitaria a rimborso*, che prevede il rimborso delle spese sostenute per visite mediche, medicinali, interventi chirurgici, trattamenti fisioterapici, odontoiatrici a seconda della copertura offerta. Questa è la tipologia più frequente ed è in genere legata al contratto di lavoro dipendente, in particolare per alcune tipologie di Contratti collettivi nazionali di lavoro (Ccnl), per le quali è parte integrante del suo aspetto economico.

Una polizza individuale, ovvero siglata da un cittadino con una compagnia assicurativa di propria iniziativa, ha un costo molto più elevato rispetto a un Fondo integrativo collettivo, con una differenza che può arrivare anche a 15/20 volte il costo del premio annuo. Questo perché la polizza collettiva svolge, attraverso la legge dei grandi numeri, una sorta di funzione “sociale”, mediando la buona salute e l’età di alcuni lavoratori con gli altri. Tra le forme di intermediazione sanitaria non vi sono infatti solo le polizze, ma anche i Fondi sanitari integrativi (normati dall’articolo 9 del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i.) ed i nuovi Contratti di lavoro prevedono, con sempre maggiore frequenza, la sottoscrizione di uno di questi fondi.

I Fondi sanitari integrativi

A fare da volano alla diffusione di accordi sull’assistenza sanitaria nell’ambito dei contratti di lavoro, sono state le modifiche apportate al testo unico delle imposte sul reddito (Tuir) e la leva fiscale introdotta con le leggi di stabilità 2016, 2017 e 2018 che hanno apportato modifiche alle modalità di erogazione e di contrattualizzazione dei servizi, nell’ambito del cosiddetto “welfare aziendale”, allargandone la possibilità di utilizzo come forma di erogazione alternativa ai premi di produttività. *«A dimostrazione dell’effetto “valanga” messo in moto dalla modifica del Tuir, a luglio del 2016 Confindustria e le segreterie nazionali di Cgil, Cisl e Uil hanno sottoscritto un accordo per favorire la diffusione degli strumenti previsti dalla legge di stabilità in tema di welfare e produttività (...). Nell’autunno dello stesso anno il rinnovo del contratto collettivo nazionale per l’industria metalmeccanica ha previsto che, da gennaio 2017, tutte le aziende dovessero attivare per ciascun lavoratore piani*

(19) *Ibidem.*

(20) *Ibidem.*

(21) Domenico Iscaro, Claudio Aurigemma, Fabio Florianello, Filippo Gianfelice, Mario Lavecchia, Silverio Selvetti, “Fondi integrativi e polizze assicurative” – Tesi congressuali 24° congresso Nazionale Anao-Assomed, Roma 27-30 giugno 2018, *Iniziativa Ospedaliera*, maggio 2018.

di flexible benefits per un ammontare di 100 euro nel 2017, 150 euro nel 2018 e 200 euro nel 2019. Nell'accordo sono stati indicati a titolo esemplificativo servizi di assistenza domiciliare e servizi sanitari come visite specialistiche e check up, corsi di formazione, servizi di trasporto collettivo, beni ricreativi, attività culturali, attività sportive ma anche beni in natura come buoni carburante e ricariche telefoniche. Sul fronte dell'assistenza sanitaria è stata prevista a carico dell'impresa l'iscrizione al Fondo Mètasalute (per 156 euro annui), che offre prestazioni integrative ai dipendenti e ai loro familiari» (22).

I Fondi sanitari si possono distinguere in *Collettivi* – quando previsti dai Ccnl o da Albi Professionali ed in tal caso i beneficiari sono quasi esclusivamente i lavoratori e, a volte, i loro familiari – o in *Aziendali* quando assumono una valenza di benefit per il lavoratore. Spesso, ma non sempre, sono estesi anche al nucleo familiare. Entrambi questi Fondi dovrebbero limitarsi ad erogare prestazioni, integrative di quelle fornite dal Servizio sanitario nazionale, di natura assistenziale e socio-sanitaria rientranti tra quelle individuate dai decreti legislativi 502/1992 e 229/1999 e s.m.i.

L'uso del condizionale è d'obbligo proprio con riferimento al nuovo contratto dei metalmeccanici (23) nel quale – come fa notare Luca Benci, – «si parla di fondi sanitari integrativi, ma in realtà, informandosi sulle caratteristiche del fondo in questione chiamato Mètasalute, più che di sanità integrativa si scopre la presenza di tanta sanità sostitutiva. Se uno cerca quali sono le cure offerte, difatti c'è ad esempio il ricovero, poi il parto cesareo e la procreazione medicalmente assistita: tutte prestazioni già coperte dal Servizio sanitario nazionale!» «Possiamo dunque dedurre» osserva il medico e attivista Vittorio Agnoletto, citato nell'articolo in esame, «che tali fondi assicurativi siano concorrenti rispetto alla sanità pubblica. Non forniscono infatti solo odontoiatria, per dire, realtà martoriata e messa in un angolo dal Servizio sanitario nazionale. Stiamo parlando di trapianti, eco color doppler, tutto». «La stessa Fiom, che ha presentato questi strumenti come una conquista

portata a casa al momento della firma dell'accordo, li difende a spada tratta. Sostiene che siano una cosa positiva per lavoratori e famiglie, e ribadisce l'impegno a fare in modo che i fondi indirizzino i pazienti verso le strutture pubbliche. Ma la situazione, al momento, è esattamente opposta». Agnoletto riporta infatti la testimonianza di un operaio, raccolta durante il programma radiofonico che conduce su Radio Popolare, che in proposito così si esprime: «Io dovevo fare delle visite, potevo farle nel pubblico, ma avrei dovuto attendere tre mesi per il rimborso, mentre nel privato non dovevo sborsare nulla; scusate ma ho scelto il privato» (24).

Un'altra importante e chiarificatrice considerazione che viene raccolta nel testo è quella di Marco Geddes che osserva: «I sindacati si sono trovati stretti sull'offerta di trasferire 100 (una cifra del tutto simbolica, Ndr) di aumento salariale in termini di welfare contrattuale, piuttosto che in termini di retribuzione, ma in questo modo, i vantaggi più consistenti sono per i datori di lavoro, perché se avessero dovuto aggiungere quei 100 in busta paga, a quella cifra andrebbero dovute sommare la quota per le trattenute, i contributi per la pensione, ecc. Mentre dall'altro lato, per il lavoratore l'agevolazione è soltanto apparente. Perché se quei soldi li ricevesse nella forma di un semplice aumento, oltre ad avere i 100 in più in tasca, otterrebbe maggiori oneri riflessi che si sarebbero poi riversati nella liquidazione e nella pensione. Senza considerare inoltre che di questi 100 versati al fondo, una buona parte finisce spesso per intermediazione amministrativa di questi fondi, e poi che il mancato aumento salariale si traduce in un minor gettito fiscale. Risultato? Il dipendente vedrà la sanità pubblica restringersi ulteriormente» (25).

Infatti, con la riduzione del finanziamento, il Servizio sanitario nazionale non sarà in grado di fornire adeguate risposte. Chi remunera il Fondo con una quota corrispondente ad un mancato aumento in busta paga, trova sì una alternativa nel privato, ma in tal modo la paga due volte: perché continuerà comunque a contribuire alla fiscalità generale con la quale si sostiene il diritto a ricevere le cure prestate dal

(22) Franca Maino, "Il Welfare aziendale. Opportunità di sviluppo e criticità", *Il Mulino*, numero 4/2018.

(23) Cfr. <https://www.contrattometalmeccanici.it/>. Nello specifico: Titolo 4, articolo 16: Assistenza sanitaria integrativa.

(24) "Il business nascosto della sanità integrativa", *Left. It*, 20 maggio 2018.

(25) *Ibidem*.

sistema sanitario pubblico. «*Il pericolo – osserva ancora Luca Benci – è che venga seppellito nei fatti il Servizio sanitario nazionale (Servizio sanitario nazionale) (...). Dopo il caso dei metalmeccanici di due anni fa, adesso i Fondi sanitari sono stati aggiunti praticamente in tutti gli accordi in fase di rinnovo*» (26).

Come si afferma nell'articolo citato, questi strumenti vengono infatti sempre più spesso inseriti in numerosi accordi collettivi nazionali, a spese dei datori di lavoro. La Cgil, in un documento del 2017 stilato dall'area contrattazione e welfare, ne ha censiti circa 40, per una platea di sei milioni di lavoratori iscritti. Del resto questi strumenti, che vengono anche definiti "secondo pilastro del welfare", godono, dal 2008, di una detassazione e, dal 2016, di una decontribuzione. Significativa, in proposito, l'amara riflessione proposta dal Segretario confederale Cgil Franco Martini: «*Io ho coniato un termine, lo chiamo welfare contrattuale a partecipazione statale. (...). È vero, le prestazioni previste dai singoli fondi, hanno iniziato ad invadere l'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Noi su questo non siamo molto d'accordo, ma è chiaro che il welfare contrattuale e la sanità integrativa non li puoi più fermare, ormai esiste una spesa privata per la salute che è notevolissima*». Vi è pertanto, secondo Martini l'urgenza di inserire dei correttivi: «*Chiedere il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, una battaglia tutta da mettere in piedi, dopodiché convenzionare il "secondo pilastro" col pubblico*». Correttivi che il sindacato propone – si fa osservare nell'articolo – nella speranza di scongiurare il rischio che la popolazione italiana si spacchi tra i pazienti coperti dalle assicurazioni e gli altri, precari o lavoratori che non hanno polizze in contratto, sempre meno tutelati. Il pericolo è, conclude Martini, «*che se non governiamo questo processo, allarghiamo le disuguaglianze tra chi potrà difendersi e chi non potrà difendersi dalla crisi*» (27).

Per completare il quadro è opportuno ricordare che, a fianco dei Fondi integrativi, sono abilitati ad operare nel settore dell'intermediazione sanitaria anche Enti, Casse e Società di mutuo soccorso, una parte dei quali nati dalla contrattazione aziendale di secondo livello, alla quale

(26) *Ibidem*.

(27) *Ibidem*.

l'erario riserva un trattamento agevolato. Questi soggetti di intermediazione, sono previsti dall'articolo 5, comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 917/1986. Hanno esclusivamente finalità assistenziale, in conformità a disposizioni di contratti o regolamenti aziendali. Non rientrano nell'ambito di operatività dei Fondi sanitari integrativi e riconoscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie anche sostitutive rispetto a quelle del sistema pubblico, secondo i propri statuti e regolamenti. I costi di compartecipazione alla spesa sono sostenuti dai cittadini insieme agli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. Presso il Ministero della salute è stata istituita l'anagrafe dei Fondi sanitari con decreto ministeriale 27 ottobre 2009.

Assicurazioni e Fondi duplicano, anziché integrare, le prestazioni pubbliche

Dell'espansione della sanità integrativa si è occupato il "3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale", presentato a Roma il 5 giugno 2018, dalla Fondazione Gimbe, nel quale si rileva che, nel periodo tra il 2010 ed il 2016, se il numero dei Fondi è cresciuto da 255 a 323, quello degli iscritti è più che triplicato, passando da 3,31 a 10,6 milioni, con un incremento annuo del 22,3 che ha portato ad un aumento dei premi incamerati da fondi e assicurazioni dai 3,6 miliardi del 2013 ai 4,8 miliardi del 2016.

Praticamente, i privati che gestiscono la sanità integrativa hanno aumentato i propri introiti di più del 10 per cento l'anno, mentre i rimborsi erogati agli iscritti sono saliti di un più contenuto 6,4 per cento. Un dato che, secondo il Rapporto, invita a frenare gli entusiasmi per i Fondi sanitari in quanto il 40-50 per cento dei premi versati dai cittadini «*non si traducono in servizi per gli iscritti perché erosi da costi amministrativi, fondo di garanzia e oneri di riasicurazione e da eventuali utili di compagnie assicurative*» (28). In buona sostanza, secondo il Presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, «*i fondi incassano sempre di più*

(28) Rosanna Magnano, "Fondi sanitari, Fondazione Gimbe: 'Incassano sempre di più, rimborsano sempre di meno'", *Il Sole 24 Ore*, 16 gennaio 2019.

ma rimborsano sempre meno. Infine, i fondi che intrattengono “relazioni” con compagnie assicurative sono passati del 55% all’85% nel 2017» (29).

Un interesse – quello delle assicurazioni a “relazionarsi” con i Fondi – più che comprensibile visto che l’entità delle somme in ballo per la spesa privata intermediata ammontava, nel 2016, alla considerevole cifra di 5,6 miliardi di euro ed era sostenuta: per 3,8 miliardi da Fondi sanitari e polizze collettive; per 593 milioni da polizze assicurative individuali; per 576 milioni da istituzioni senza scopo di lucro ed infine per 601 milioni da imprese.

I Fondi sanitari registrati all’anagrafe ministeriale sono – secondo il Rapporto – 323 per un totale di 10,6 milioni di iscritti di cui il 73 per cento lavoratori, il 22 per cento familiari ed il 5 per cento pensionati. Relativamente ai dati economici – osserva il Presidente Cartabellotta – «non si conosce né l’ammontare dei contributi versati dagli iscritti, né l’entità del mancato gettito per l’erario connesso alle agevolazioni fiscali, mentre sono noti i rimborsi effettuati dai fondi sanitari, pari a 2,33 miliardi. Di tali risorse, quelle destinate a prestazioni integrative – come odontoiatria e assistenza a lungo termine – sono poco più del 32%. Questo significa che quasi il 70% delle risorse copre prestazioni già incluse nei Livelli essenziali di assistenza» (30).

Di qui la inderogabile necessità – segnalata dal Rapporto – di un riordino legislativo, in quanto i Fondi sanitari sono diventati in prevalenza sostitutivi di prestazioni offerte dal servizio sanitario. Le carenze della normativa vigente hanno infatti consentito «all’intermediazione finanziaria e assicurativa di cavalcare l’onda del welfare aziendale, generando profitti grazie alle detrazioni fiscali di cui beneficiano i fondi sanitari e proponendo prestazioni che alimentano il consumismo sanitario e aumentano i rischi per la salute delle persone» (31). A guadagnarci, secondo il Presidente di Gimbe, sarebbero anche le imprese, «che scambiando quote di salario in welfare aziendale risparmiano sul costo del lavoro, visto che sui contributi per la sanità integrativa non versano né la quota di Tfr

(29) *Ibidem.*

(30) *Ibidem.*

(31) *Ibidem.*

né quella per i contributi previdenziali a tutto svantaggio dei lavoratori» (32).

Del resto gli sgravi fiscali sono aumentati negli anni sino alla manovra finanziaria del 2017, che ha innalzato a 3 mila euro l’anno la quota di contributi sanitari integrativi esentasse per chi ha un reddito fino a 80 mila euro. «Agevolazioni che il Ministro Grillo sta pensando di cancellare per reinvestirle nella sanità pubblica a corto di quattrini. Tanto più che secondo il Rapporto il 68% di Fondi e Assicurazioni duplicano anziché integrare le prestazioni offerte dal pubblico» (33).

Giunge alle stesse conclusioni anche Carlo Palermo, Segretario nazionale del sindacato dei medici ospedalieri Anaao: «La sanità integrativa oggi in realtà duplica le prestazioni del pubblico e incamera 1,5 - 2 miliardi di sgravi fiscali che si potrebbero reinvestire nel Servizio nazionale» (34). Secondo il rappresentante sindacale non è assolutamente utile puntare su assicurazioni e fondi integrativi «almeno per come si presenta oggi la sanità integrativa in Italia, che in realtà offre le stesse prestazioni del servizio pubblico. Incentivando fiscalmente forme di assistenza che di fatto duplicano l’offerta pubblica si finisce inoltre per far aumentare le diseguaglianze di fronte alla salute, perché facendo mancare entrate all’erario si sottraggono alla fine risorse per il welfare pubblico che già ne ha poche» (35).

Di qui la condivisione, da parte del Segretario, della proposta di cancellazione degli sgravi fiscali: «Almeno quelli a vantaggio di fondi e polizze sostitutivi anziché integrativi. Secondo le nostre stime parliamo di abbuoni fiscali che valgono tra il miliardo e mezzo e i due miliardi. Risorse che potrebbero essere reinvestite nel servizio sanitario nazionale, anziché verso fondi e assicurazioni. Che secondo i nostri calcoli ogni 100 euro incamerati ne restituiscono solo 30 in prestazioni, visto che il 25% se ne va in costi amministrativi, altrettanti in utili per i gestori e fondi riassicurativi, mentre il 20% serve a fornire prestazioni inappropriate. Ossia inutili se non dannose» (36).

(32) Paolo Russo, “Nelle cure integrative 2,5 miliardi di sprechi”, *La Stampa*, 3 febbraio 2019.

(33) *Ibidem.*

(34) *Ibidem.*

(35) *Ibidem.*

(36) *Ibidem.*

Le risorse in tal modo acquisite, andrebbero reinvestite nel pubblico, tornando «*ad assumere il personale che manca e senza il quale poi è naturale che si allunghino le liste di attesa che generano larga parte della spesa sanitaria privata. Proprio oggi invece è stato cancellato dal decreto semplificazioni l'emendamento che avrebbe consentito di sbloccare le assunzioni, cancellando l'anacronistico vincolo di spesa per il personale, che torna a non poter superare i livelli del lontano 2004, diminuiti anche dell'1,4%. Così con le uscite massicce dei medici che ci attendiamo per effetto di quota 100 adesso rischiamo veramente il collasso*» (37).

Del resto per favorire lo sviluppo di una sanità privata – peraltro “accreditata” e dunque coperta per l'80 per cento da fondi di provenienza statale – occorre che a quella pubblica venga sostanzialmente impedito di operare correttamente. Potendo così confermare il pregiudizio ideologico che vuole lo Stato sinonimo di inefficienza.

Salute e mercato non vanno d'accordo

Come fa giustamente osservare il direttore dell'Istituto “Mario Negri” Giuseppe Remuzzi «*il Servizio sanitario – istituito nel nostro Paese nel 1978 – tutela la salute di tutti indipendentemente dal ceto sociale e dal reddito e non costa nemmeno tanto. E' la cosa più preziose che abbiamo, dovremmo esserne gelosi e fare di tutto per conservarlo e perché torni a essere al centro dell'agenda politica di qualunque governo*» Anche perché «*salute e mercato non vanno d'accordo, per una ragione molto semplice: il privato tende per sua stessa natura ad aumentare la produzione e in definitiva il fatturato (e guai se non fosse così); il pubblico viceversa ha come prima preoccupazione quello di ridurlo il fatturato attraverso la prevenzione (...). Non solo, il pubblico non può scegliere che cosa curare, si deve occupare di tutto e farlo anche quando più si lavora più si perde*» (38).

Ne è convinto anche Federico Rampini che, sulle pagine de *La Repubblica*, racconta l'odis-

sea americana di una semplice sciatica, tra visite frettolose al pronto soccorso, assicurazioni costose, medici introvabili e analgesici proibiti. «*Premessa. E' il momento dell'anno in cui noi americani – con l'eccezione di alcune categorie privilegiate – affrontiamo un altro calvario, di tipo economico: il rinnovo dell'assicurazione sanitaria. Come ogni anno piovono rincari allucinanti, la media si aggira sul +20%. La polizza per le cure mediche di noi due sessantenni dal 2019 costerà 1.730 dollari al mese. E' obbligatoria, senza l'assicurazione privata saremmo allo sbaraglio, costretti a pagare di tasca nostra l'assistenza più cara del mondo (...). Oltre ai costi esorbitanti, la sanità americana è burocratica e inefficiente. Stefania si è ammalata nel mezzo di un ponte festivo, il Giorno del ringraziamento. Il medico di famiglia abilitato dall'assicurazione era introvabile. Senza una sua prescrizione non potevamo cercare uno specialista. Non ci ha mai dato il suo numero di cellulare né il recapito di un sostituto. Rispondeva la segreteria telefonica: “Se è urgente andate al pronto soccorso”. Così abbiamo fatto. Sei ore di attesa nell'ospedale più vicino. (...) Stefania ha avuto diritto a una visita distratta, pochi minuti, niente radiografia né risonanza magnetica, un Valium e un rilassante muscolare, via a casa. La ricetta del medico ospedaliero valeva soltanto due giorni, poi dovevamo rimetterci a caccia del medico di famiglia. Sempre disperso. Stefania ha implorato una dose un po' superiore dell'antidolorifico per avere qualche giorno di tregua. Niente da fare. Qui ci siamo scontrati con un paradosso di questo paese. L'America subisce un'epidemia di tossicodipendenze da farmaci analgesici, con oppiacei tipo oxycontin. Perciò in alcuni Stati i medici hanno limitazioni severe sulle ricette. Nel Midwest circolano oppioidi a fiumi. A Manhattan un dottore teme sanzioni se li prescrive. (...) P.S. L'ultimo dato sulla sanità Usa è di questi giorni. Gli americani muoiono sempre più giovani. Tutti gli altri paesi ricchi hanno una longevità molto superiore, l'America è al 29° posto. Ed è quella che spende di più, per mantenere il suo capitalismo sanitario. Almeno in questo, ricordatevelo, in Italia si sta meglio*» (39).

E' utile, alla luce di questa testimonianza, la

(37) *Ibidem*.

(38) Giuseppe Remuzzi, “No, la sanità privata aiuta la sanità privata”, *Corriere della sera – La lettura*, 20 gennaio 2019.

(39) Federico Rampini, “Almeno nella sanità italiano è meglio”, *La Repubblica*, 15 dicembre 2018.

lettura delle critiche evidenziate nella quarta pagina di copertina del libro di Francesco Carraro e di Massimo Quezel (40). In essa sono riportati alcuni brani significativi – tratti dalla testimonianza di un broker assicurativo contenuta nel testo – che ben sintetizzano la situazione della sanità cosiddetta integrativa. «Oggi l'eccellenza la trovi nel pubblico, non nel privato». «Certe compagnie hanno drenato quasi tutto il mercato delle polizze, ma non pagano un sinistro neanche a morire». «Il sistema delle polizze prevede che possano assicurarsi solo i sani. Se tu hai avuto patologie importanti, la compagnia ha facoltà di non contrarre la polizza». «Per capire come funziona una polizza devi essere un esperto del settore. La comprensione è difficilissima». «Le polizze sono per chi sta bene e vuole determinati servizi. In caso di piccoli interventi vai nella clinica privata, dove mangi bene, hai la tv, tua moglie beneficia di una struttura alberghiera all'interno. È un sistema per sani e benestanti» (41).

Meno d'impatto, ma altrettanto radicale, è l'analisi delle criticità formulata dall'ANAAO-ASSOMED (42). Secondo il sindacato medico rispetto alla impostazione di tipo universalistico che caratterizza il Servizio sanitario nazionale, l'attuale funzionamento dei Fondi rischia di riportare il quadro italiano a prima della riforma sanitaria del 1978 a causa degli aspetti equivoci tra "integrazione" e "sostituzione" della cura, della diffusa frammentazione (320 fondi, secondo il Rapporto Gimbe) e della forte eterogeneità nell'accesso alle prestazioni, a seconda delle caratteristiche socio-lavorative e di età degli individui.

Inoltre le manovre finanziarie degli ultimi anni, ed in particolare quelle del triennio 2010-2012, hanno colpito pesantemente la sanità pubblica promuovendo la reintroduzione e l'innalzamento di ticket sanitari con una spesa a carico dei cittadini di circa tre miliardi di euro. «In questo contesto», afferma il sindacato, «i Fondi possono essere letti come una compensazione dei

(40) Francesco Carraro, Massimo Quezel, *Salute S.p.A. La sanità svenduta alle assicurazioni*, Chiarelettere, Milano, 2018.

(41) *Ibidem*.

(42) Domenico Iscaro, Claudio Aurigemma, Fabio Florianello, Filippo Gianfelice, Mario Lavecchia, Silverio Selvetti, "Fondi integrativi e polizze assicurative" – Tesi congressuali 24° congresso Nazionale Anaa-Assomed, Roma 27-30 giugno 2018, *Iniziativa Ospedaliera*, maggio 2018.

tagli ai servizi pubblici ed una stampella per evitare che questi si trasformino in aumento della spesa out-of-pocket. Tale processo rischia di accentuare fortemente il carattere sostitutivo dei Fondi a scapito della loro natura integrativa. Se una parte consistente di ceto medio e medio-alto, rappresentato da lavoratori di settori "forti" (ma non solo), inizia a rivolgersi fuori dal servizio pubblico a causa delle mancanze dello stesso (liste d'attesa troppo lunghe, eccessive partecipazioni ai costi, ecc.) si rischia di scardinare dall'interno una parte dell'universalismo del Servizio sanitario nazionale» (43).

Altro problema da considerare è che lo spostamento dei Fondi da una logica "integrativa" ad una sempre più "sostitutiva" può mettere in crisi i Fondi stessi. Essi hanno infatti impostato un'offerta di prestazioni fondata su un calcolo economico che non può prescindere dalla tenuta del sistema pubblico (44). Se investiti da un aumento di richieste che non sono in grado di controllare, i Fondi potrebbero da un lato aumentare i premi (con il rischio di diventare troppo costosi per aziende e lavoratori) e, dall'altro, potrebbero conservare i livelli di contribuzione attualmente praticati abbassando però le prestazioni (rischiando di non soddisfare gli aderenti). Una ulteriore criticità è rappresentata dal fatto che oltre la metà dei Fondi non prevede una valutazione preventiva di appropriatezza dell'intervento richiesto ed il singolo iscritto può, comunque, effettuare una prestazione e poi farsela rimborsare o addebitarla direttamente al Fondo. Da ultimo, non certo per importanza e gravità, è da rimarcare che «l'attuale funzionamento dei Fondi non pone attenzione al problema delle cure e dell'assistenza per cronicità e non autosufficienza. Solo un terzo dei Fondi assicura qualche prestazione in questo campo e praticamente quasi nessuno di essi si occupa di anziani over 75» (45).

(43) *Ibidem*.

(44) «Basti pensare che il debito pubblico italiano nasce negli anni Sessanta da una voragine determinata nella sanità dal "pagamento a piè di lista": il sistema per cui gli ospedali fatturavano alle mutue rette di degenza stabilite senza nessun meccanismo di controllo. Il sistema mutualistico accumulò così un debito di quattromila miliardi di lire, che nel 1974 costrinse lo Stato a una emissione straordinaria di buoni del Tesoro pari al 6 per cento del Pil». Maurizio Ferrera, "Lo Stato siamo noi", *Corriere della sera – La lettura*, 9 dicembre 2019.

(45) Domenico Iscaro, Claudio Aurigemma, Fabio Florianello, Filippo Gianfelice, Mario Lavecchia, Silverio Selvetti. *Op.Cit.*

Un sistema che non tutela efficacemente la condizione di cronicità e non autosufficienza

Così come i Fondi, anche le Polizze assicurative che affrontano la tematica della perdita dell'autonomia personale si rivolgono a soggetti di età compresa tra i 40 ed i 75 anni. La brochure di una delle principali compagnie che ha avviato interventi nel campo della non autosufficienza, pone la questione nei termini seguenti: dalla elaborazione su dati Istat 2018 si rileva che oltre i 74 anni, una persona su tre è costretta a letto, su una sedia a rotelle o comunque non è in grado di compiere in autonomia i fondamentali gesti quotidiani della vita come muoversi, andare a letto, vestirsi, nutrirsi, lavarsi ed espletare le funzioni fisiologiche. Questa condizione può sopraggiungere non solo con l'avanzare dell'età ma anche a causa di una malattia o di un infortunio improvviso e può compromettere l'equilibrio familiare.

A 45 anni, si legge nel testo in esame, l'aspettativa di vita di una persona non autosufficiente è di 15 anni, a 75 anni diventa di 11 anni. Quanto ai costi della non autosufficienza si afferma che essi *«sono molto impegnativi per il bilancio familiare, tenendo conto che il sistema pubblico integra solo in parte questa spesa, che in media possono ammontare a 1.500 euro al mese per una badante e superare i 4.000 euro al mese per una struttura privata di qualità»*. La soluzione proposta è la fornitura di un'entrata mensile vitalizia, che sia di aiuto a sostenere i costi dell'assistenza domiciliare o del ricovero in una struttura sanitaria specializzata, in caso di perdita definitiva della capacità di compiere autonomamente almeno 4 delle 6 normali attività quotidiane: muoversi in casa; alzarsi; vestirsi; nutrirsi, lavarsi ed espletare le funzioni fisiologiche.

L'esempio di premio mensile che viene fornito nel pieghevole – calcolato in base alla rendita, anch'essa mensile, scelta dal contraente al momento della sottoscrizione della polizza di assicurazione – è il seguente: a 40 anni occorre pagare un premio di 90 euro al mese per concorrere ad una rendita mensile di 2.000 euro, di 135 per una rendita di 3.000 euro, di 180 per una rendita di 4.000 euro; a 50 anni occorre pagare un premio di 100 euro al mese per concorrere ad una rendita mensile di 2.000 euro, di 150 per una rendita di 3.000 euro, di

200 per una rendita di 4.000 euro; a 60 anni occorre pagare un premio di 160 euro al mese per concorrere ad una rendita mensile di 2.000 euro, di 240 per una rendita di 3.000 euro, di 320 per una rendita di 4.000 euro. La prestazione di rendita vitalizia di non autosufficienza viene compresa tra un minimo di 6 mila ed un massimo di 60 mila euro annui (46).

Come si evince dal prospetto, il premio da corrispondere per poter concorrere ad una rendita mensile adeguata è molto oneroso e non certo alla portata di tutti. Va infatti considerato che l'ipotesi delle spese da sostenere che viene presentata nell'opuscolo – *«spese, che in media possono ammontare a 1.500 euro al mese per una badante e superare i 4.000 euro al mese per una struttura privata di qualità»* – se si approssima alla realtà per quanto riguarda la retta mensile di una Residenza sanitaria assistenziale (che, in regime di ricovero privato con standard "di qualità", può arrivare a 5 mila euro), risulta invece decisamente sottostimata per quanto attiene all'assistenza tutelare domiciliare.

Sul problema delle spese da sostenere per una adeguata assistenza a casa, è utile un confronto con quanto viene raccontato in una significativa testimonianza, raccolta dalla Fondazione Promozione sociale, che vale la pena leggere per esteso. *«Commento con tanta tristezza e qualche dato riferito alla mia mamma malata cronica non autosufficiente e grave deterioramento cognitivo dal 2011 (ottenuto assegno di cura pari a 675 euro mensili nel novembre 2015). Esempio spese mese di marzo 2016: badante livello CS convivente 1.040 euro, contributi 244 euro, sostituzione badante weekend 400 euro, festività extra (Pasquetta) 50 euro, sostituzione riposo 2 ore giornaliera badante 154 euro, pannoloni e traverse da integrare alla fornitura Asl perché non sufficiente alle necessità 35 euro. Totale 2.073*

(46) Una ulteriore prestazione accessoria facoltativa, attivabile dalla decorrenza del contratto di assicurazione, prevede che, prima dei 76 anni, in caso di prematura scomparsa del beneficiario in condizione di autosufficienza tutti i premi versati vengono restituiti agli eredi. Dopo i 76 anni non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso. Al verificarsi dello stato di non autosufficienza dopo i 76 anni, la polizza riconosce assieme alla prima rata mensile della rendita, una prestazione aggiuntiva *una tantum* pari a 4 mensilità della rendita stipulata. Il 19 per cento dei premi, compresi gli eventuali premi in casi di morte o invalidità permanente, può essere detratto fiscalmente fino al limite massimo di 1.291,14 euro.

euro SOLO per la sua cura a domicilio. Se si aggiungono tutte le altre spese sostenute per la casa, il cibo ecc., è facile intuire che la spesa si incrementa mediamente di un terzo (arriviamo a circa 2.700 euro al mese). Questo è quanto paga da quando si è ammalata: 2.700 x 60 mesi (5 anni) = 162.000 euro. Da novembre 2015 ad oggi ha ricevuto 4.050 euro (675 euro x 6 mesi). Desidero che la mamma stia a casa con noi fino a quando sarà possibile; è serena, curata, circondata da premure e affetto. So che le norme in vigore impongono il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e la cura delle persone MALATE. Vanno rispettate e sostenute in primo luogo dalle istituzioni, da coloro che rappresentano i cittadini soprattutto quelli fragili e vulnerabili».

Ad aggravare il problema dei costi vi è infatti quello delle garanzie per l'assistito. Le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di livello essenziale fornite dal Servizio sanitario pubblico alla persona malata, sia essa affetta da patologie acute o croniche, rappresentano un diritto costituzionalmente tutelato e prevedono, nei casi di non autosufficienza dell'assistito, che il 50 per cento della retta di ricovero in una struttura o delle spese da sostenere mensilmente per l'assistenza al domicilio, sia posta a carico del Fondo sanitario. Quelle che conseguono dalla sottoscrizione ad una Polizza assicurativa dipendono invece da un contratto privato, del quale è bene valutare con attenzione le clausole.

In aggiunta al codicillo che prevede l'esclusione dalla copertura per l'insorgere della non autosufficienza a causa di eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di decorrenza del contratto sottaciute alla Società (e se l'assicurato non ne era a conoscenza?), nella proposta di polizza in esame vengono escluse dalla assicurazione anche le perdite di non autosufficienza causate da malattie psichiatriche quali schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniacale, disturbo bipolare ossessivo maniacale, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressiva, nevrosi ossessivo compulsiva, disturbi della personalità. Per rendite superiori a 30 mila euro o per assicurati di età superiore a 65 anni, è obbligatorio sottoporsi agli accertamenti preventivi richiesti dalla Società assicu-

ratrice. Sottoponendosi a tale visita si evita di incorrere nel periodo di carenza dalla decorrenza del contratto che, per i disturbi mentali di origine organica (es. Alzheimer) è invece di ben 5 anni per i contraenti che concorrono a rendite inferiori a 30 mila euro e con età tra 40 e 65 anni.

Ma oltre ad escludere dal riconoscimento dello stato di non autosufficienza i disturbi mentali di origine non organica, anche quelli su base organica – e tra essi l'Alzheimer – sono inclusi solo se impediscono lo svolgimento di almeno 4 delle 6 ADL (*Activities of Daily Living*) anche con l'aiuto di mezzi meccanici (47). Naturalmente l'accertamento dello stato di non autosufficienza – effettuato mediante l'utilizzo di indicatori decisamente restrittivi – spetta alla Società e viene effettuato, sulla base della documentazione indicata nel contratto e a richiesta di liquidazione presentata dall'Assicurato che dovrà fornire ogni possibile informazione necessaria alla valutazione e sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici disposti dalla Società stessa.

Come più volte affermato nelle pagine di questa rivista, l'unica vera ed efficace assicurazione sul benessere e sulla tutela della salute di tutti i cittadini – quindi anche dei malati cronici non autosufficienti e delle persone con disabilità grave – è il Servizio sanitario nazionale, per finanziare il quale versiamo contributi, come datori di lavoro e come lavoratori, per tutta la vita. Ed è proprio il Servizio sanitario che, nel rispetto della legge 833/1978, deve assicurare

(47) Le sei ADL che concorrono a definire lo stato di non autosufficienza vengono declinate come segue. 1) muoversi nella stanza: l'Assicurato, nonostante l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle, necessita dell'aiuto di un'altra persona per la propria mobilità; 2) alzarsi e mettersi a letto: l'Assicurato non è in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona; 3) vestirsi e svestirsi: l'Assicurato non è in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei; 4) consumare cibi e bevande: l'Assicurato non è in grado di mangiare e bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei; 5) lavarsi, pettinarsi e farsi la barba: l'Assicurato deve essere lavato, pettinato ed eventualmente rasato da un'altra persona, non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari; 6) espletare autonomamente le funzioni fisiologiche: l'Assicurato necessita dell'aiuto di un'altra persona poiché non è autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e di tutti gli atti di elementare igiene personale. *In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.*

«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e deve altresì provvedere «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». L'articolo 1 della stessa legge precisa inoltre che il Servizio sanitario nazionale deve fornire le prestazioni di assistenza al domicilio ed in strutture residenziali «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». E nei casi in cui non sia garantita, dalle Aziende sanitarie o da quelle ospedaliere, la prosecuzione delle cure dal regime di ricovero al domicilio o presso altre strutture sanitarie o socio-sanitarie è opportuna ed efficace la prassi dell'opposizione alle dimissioni da parte degli assistiti o dei loro familiari. Una prassi – promossa e sostenuta fin dal 1978 dal Comitato per la difesa degli assistiti ed oggi dalla Fondazione Promozione sociale – che, con l'invio di tre o quattro raccomandate ed un costo intorno a 30 euro, consente di ottenere la continuità diagnostica e terapeutica senza limiti di durata.

A fronte di tutte le problematiche evidenziate occorre, tornando al citato documento dell'ANAAO-ASSOMED, che l'integrazione tra il sistema pubblico e quello privato venga regolata da precisi requisiti, governata e organizzata intorno ad un servizio pubblico come fondamentale pilastro dell'offerta sanitaria in attuazione del principio costituzionale, sbarrando la strada ai tentativi di deriva verso sistemi sanitari a copertura esclusivamente assicurativa. Perché la collocazione del “secondo pilastro” in un contesto non governato, non coordinato e di rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale rischia di provocare il depotenziamento della copertura sanitaria non solo pubblica ma, paradossalmente, anche dei Fondi stessi.

Contro la privatizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

Siamo bombardati quasi quotidianamente da notizie su episodi di “malasanità” che sono il sintomo della crisi di un sistema, ma che costituiscono anche l'alibi per imporre una cura che, come si è detto, rischia di essere peggiore del male. Le centrali della finanza privata naziona-

le ed internazionale cercano di convincerci – attraverso la pubblicitaria di settore ed i più potenti media – che anche un diritto costituzionalmente tutelato come quello alla salute vada sottoposto ad un “bilanciamento” che assicuri quel famigerato “pareggio di bilancio” che è stato addirittura inserito nella nostra Costituzione. Il messaggio forte e chiaro è che «Il diritto alle cure di Stato ci spetta come collettività, solo se i nostri conti sono in ordine. È, in questo senso il caso della Grecia è esemplare. Ci spetterà come singoli, solo se potremo permettercelo» (48). Siamo in piena transizione da un sistema pubblico ad un sistema privato in cui i cittadini diventano consumatori in un mercato globale dove anche la salute è una merce che, come le altre, si compra e si vende. Sono i frutti del pensiero neoliberista che dilaga a livello globale diffondendo l'idea che la salute è un bene che dobbiamo “guadagnarci” ricorrendo al libero mercato.

Come osserva Luca Benci, «la negazione dei diritti di salute, o più correttamente in questo ambito, del diritto di ricevere risposte ai bisogni di salute pronte e adeguate, le varie tecniche di privatizzazione comunque denominate e la conseguente trasformazione in merce acquistabile delle prestazioni sanitarie, sono tutte facce della stessa medaglia. Sono situazioni tra loro assolutamente collegate senza le quali risulterebbe impossibile l'intero processo». Un processo che ha come finalità politica il trasferimento di prestazioni sanitarie dal sistema pubblico, con erogazione gratuita o con partecipazione alla spesa, ad un sistema privato con pagamento a diretto carico dei fruitori o effettuato da soggetti intermediari. «Questi possono avere finalità di lucro – assicurazioni – o finalità mutualistiche, ma il risultato non cambia: diventa necessario, per questa finalità politica, che il Servizio sanitario nazionale eroghi gratuitamente un minor numero di prestazioni per far nascere la “terza gamba” del “mercato” della sanità. Non è più sufficiente la strategia surrettizia che si avvale di inefficienze, di lista di attesa lunghe, di ticket sempre più esosi, non sono sufficienti i vari meccanismi di negazione del diritto di ricevere prestazioni sanitarie e la conseguenza della trasformazione dei diritti di

(48) Francesco Carraro, Massimo Quezel, *Op.cit.*

salute in diritti acquistabili: c'è bisogno di dare meno diritti per attuare un chiaro processo di privatizzazione. Sono anni che questa tendenza si è palesata: nel documento di economia e finanza (Def) del 2013 si parlò esplicitamente di servizio sanitario "selettivo" con la conseguenza di limitare il numero di prestazioni sanitarie da concedere ai cittadini – i cosiddetti "livelli essenziali di assistenza" (Lea) – e di passare ai più magri livelli "indispensabili" di assistenza» (49).

Si è detto che la negazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie viene sempre più spesso giustificata con la necessità di tenere assieme il principio della tutela della salute con quello dell'equilibrio di bilancio. Questa motivazione va però correttamente letta nel senso che proprio i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rappresentano quel nucleo delle prestazioni che va doverosamente garantito, stanziando in ogni caso le risorse a tal fine necessarie. In sostanza, il contenimento della spesa sanitaria non può pregiudicare le prestazioni di livello essenziale.

A confermare tale orientamento numerose sentenze. La numero 304/1994 e la numero 509/2000 della Corte Costituzionale, in particolare, affermano che se le riduzioni di spesa, «nel bilanciamento dei valori costituzionali operato dal legislatore, avessero un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona umana, ci si troverebbe di fronte ad un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa» e che «è garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti (...). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel nucleo irriducibile alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana (...), il quale impone di impedire la costituzione

di situazioni prive di tutela, che possono appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto». Giova infine far riferimento all'importante principio, ribadito dalla Corte costituzionale con la più recente sentenza numero 275 del 2016, nella quale si afferma che: «è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione. (...) Ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione – secondo canoni di ragionevolezza – dei livelli essenziali (di assistenza), una volta che questi siano stati correttamente individuati non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica» (50).

In forza delle argomentazioni sin qui rappresentate, non possiamo in alcun modo concordare con la strategia di privatizzazione dell'assistenza sanitaria che prevede lo sviluppo di servizi di «welfare aziendale o interaziendale» – tendenzialmente sostitutivi di quelli pubblici – sui quali è irresponsabile fondare la tutela della salute, specie dei cittadini più deboli. «C'è una questione da porre sulle risorse? Certo. Occorre da parte delle istituzioni finanziare il servizio sanitario nazionale in modo adeguato e garantire prestazioni e contributi al malato/persona con disabilità non autosufficiente. E' in questo modo, peraltro, che si evita l'impovertimento delle famiglie italiane. Compito della politica, com'è noto, è individuare le priorità e farsi responsabile delle scelte, partendo dal rispetto delle leggi e dalla garanzia delle prestazioni esigibili (non soggette alle scelte discrezionali, ma obbligatorie da garantire per le istituzioni). Gli spazi per il reperimento delle risorse è sterminato, al contrario di quanto affermato sottotraccia ma in modo persistente dal partito – trasversale alle forze politiche parlamentari – del "non ci sono soldi". Un esempio: sprechi e inefficienze nel nostro Paese valgono – dati del Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale – "per l'anno 2017 la cifra di 21,59 miliardi, l'equivalente del 19% della spesa sanitaria italiana complessiva"» (51).

(50) Francesco Carraro, Massimo Quezel, *Op.cit.*

(51) "Accuditore familiare: in Senato disegni di legge che ignorano i bisogni (sanitari) dei non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, n.203, luglio-settembre 2018.

(49) Luca Benci, *Tutela della salute. Il diritto alla salute negato, privatizzato e mercificato*, Imprimitur, Reggio Emilia, 2017.